

社会保険総合病院 第19回 C P C

日時 2003年9月16日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室
「肝硬変による肝不全に肝細胞癌を合併した症例」

報告者	臨床経過	内科医長	石塚 淳	司会	内科医師	石塚 淳
	看護経過	4 東 N s	小林いずみ		病理部長	高橋 秀史
	病理解剖所見	病理部長	高橋 秀史			

症例 Aさん 75歳 男性

【臨床経過】

〈入院までの経過〉

平成13年8月中旬より夜間の咳嗽が出現。8月27日当院内科受診し、胸部レントゲン検査で両側の胸水を指摘、精査目的に1回目の入院となる。入院時採血で肝機能障害を認めたため、腹部エコー、腹部CT検査を施行したところ、肝硬変、腹水および肝内に多発性肝癌を指摘。血液検査でHCV抗体陽性であったが、生活歴からアルコールの関与も疑われた。肝予備能が低下しており、肝癌に対する積極的治療は困難と判断し、本人と家族に病名を告知した上で禁酒の指導後退院した。しかし飲酒をやめることはできず、やがて外来通院も不定期となり、平成13年12月19日以降中断していた。

平成14年8月29日意識混濁にて当院へ緊急搬送され、肝性脳症の診断にて2回目の入院となる。入院後は分岐鎖アミノ酸製剤の点滴にて症状は改善。腹部CT所見では肝癌は増大していた。退院後は定期的に通院していたが、やはり飲酒はやめられなかった。平成15年3月20日頃より腹水増加による腹満感が出現し徐々に悪化、倦怠感も強くなり3月31日3回目の入院となった。

〈主訴〉

腹部膨満

〈既往歴・家族歴〉

45才頃右目外傷

〈輸血歴〉

不明

〈生活歴〉

喫煙 20本/日×45年、飲酒 ビール大瓶2本程度
(自己申告)

〈入院時現症〉

身長153.8cm、体重約67.8kg、血圧116/72mmHg、
体温36.5℃

腹水により腹部膨満著明、肝脾触知せず。下肢浮腫なし。

〈入院時検査所見〉

WBC 7970/ μ l (neu 69%, lym 23%, mon 5%, eosino 2%), RBC 275×10^4 / μ l, Hb 10.2g/dl, Ht 29.7%, plt 19.7×10^4 / μ l, TP 7.0g/dl, Alb 2.6g/dl, GOT 540 IU/l, GPT 194 IU/l, LDH 357 IU/l, ALP 1836 U/l, γ -GTP 741 U/l, ChE 66 IU/l, T-bil 4.4mg/dl, BUN 30.2mg/dl, Cr 1.47mg/dl, Na 135mEq/l, K 4.7 mEq/l, Cl 106mEq/l, CRP 11.3mg/dl, HBsAg(-), HCVAb(+), AFP 3866.2 ng/ml, フェリチン 488.6ng/ml, PT 10.4sec. PT% 101%, APTT 35.7sec., PT-INR 0.97

〈画像検査〉

腹部CT(単純): 肝硬変、多量腹水、多発肝癌は増大傾向。

〈入院後経過〉

入院時、腹水貯留による腹部膨満感、腹痛があったが補液と利尿剤の投与により徐々に軽快していた。4月20日早朝4時頃、腹痛のためコールあり。血圧136/78mmHg、O₂ Sat 99%、意識状態は清明で30分ほどで腹痛も自然に軽快した。しかし6時頃訪室時には意識レベルは低下し、チアノーゼ著明、血圧測定不能であった。ただちに昇圧剤を開始したが反応なし。吐血、下血は認められず肝癌破裂による出血性ショックの可能性を疑ったが腹部エコーでは特定できなかった。その後意識は回復することなく次第に呼吸回数、心拍数は減少し4月20日12時30分永眠。御家族の了解をいただき病理解剖を施行。

【看護経過】

〈患者紹介〉

74歳、男性。

キーパーソンである妻と二人暮らし。千葉県に在住の娘が一人いるが面会には来ていない。性格は温厚で無口、妻より頑固であるとの情報あり。

〈入院の経過〉

平成13年8月27日～9月21日に肝硬変、肝癌で初回入院。自己申告では、毎日ビール大瓶2本を飲んでいたとのことだが、妻からは、取り付かれたように飲んでいただとの情報があった。肝機能の悪化により手術が不可能であり、医師より、妻とA氏へ告知し、禁酒の必要性和保存療法についての説明の後、退院となった。退院後も飲酒習慣は改善されず、外来受診も不定期で、内服の自己中断も見られた。平成14年8月29日～9月19日、肝性脳症により2回目の入院。再度医師からは禁酒を勧められたが、「止めることはできないだろう」と話されアルコール専門医の受診の勧めにも応じなかった。退院後は定期的に通院していたが、飲酒習慣や内服の自己中断は続いていた。平成15年3月31日、腹水と黄疸の増強により3回目の入院。腹満感が強く不眠など呈したが、4月10日頃から利尿剤により腹水は減少し「少し楽になった」と言う言葉が聞かれていた。しかし、4月20日、明け方より腹痛を訴え、間もなく血圧低下、意識レベルの低下がみられ、そのまま12時30分に永眠される。

【臨床上の問題点】

- # 1 肝硬変の程度。HCV 陽性肝硬変であるが、アルコールの関与が疑われる。
- # 2 肝癌破裂の有無。(エコーでは破裂部位が特定できなかった。)
- # 3 腎不全の原因。

【看護上の問題点】

- # 1 禁酒の意欲がなく、病状が悪化する可能性がある

看護方針：本人・妻の理解と意思を傾聴し、日常生活を自己管理できるよう指導する。

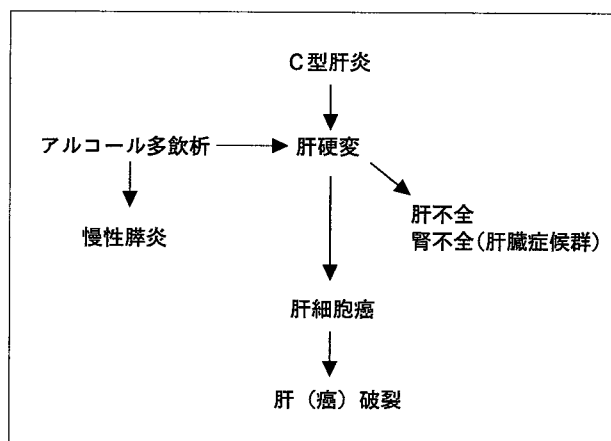
- # 2 病状の悪化に伴う症状の苦痛（腹満、倦怠感、搔痒感）

看護方針：日常生活を支援し、症状の緩和に努める。

【病理解剖組織診断】

- 1 肝細胞癌(低>中分化型)+肝硬変(小結節性)浸潤と転移：肺、門脈
- 2 肝腎症候群（閉塞性黄疸、ビリルビン円柱）
- 3 大腸腺腫
- 4 大腸の炎症性狭窄（脾湾曲の癒着）
- 5 前立腺過形成
- 6 脾腫
- 7 慢性膵炎(軽度)+膵のう胞(粘液性嚢胞)

【病理チャート】



【キーワード】

〈肝癌と肝炎ウイルス、アルコールの関係〉

肝硬変患者における10年累積肝癌発症率はアルコールのみでは17.5%であるに対し HBV 陽性患者では

27.1%、HCV 陽性では63.5%との報告がある。HCV 陽性のアルコール多飲者は肝癌のハイリスクであると考えられる。徹底した断酒、禁酒指導が重要である。

【病理から臨床へ】

C 型肝炎（小結節性、脂肪化は明らかではありませんがアルコールの影響も考えられる）を背景に広範な肝細胞癌の肝内転移、門脈腫瘍塞栓（脾下部にいたる）を示し、肺に小転移巣も認めた。腫瘍破裂による出血が直接死因と考えます。大腸の脾湾曲の癒着には、粘膜下層に線維化など陳旧性の炎症性狭窄を示すが原因については明らかではありません。

【臨床の教訓】

- 1) 腎不全のため造影 CT 検査が施行できず、肝癌の大きさや形態的な変化の評価が難しかった。
- 2) 肝癌破裂の可能性はあったが予防は困難と考えられた。
- 3) 徹底した断酒、減酒ができていたら肝不全はもう少し改善した可能性はある。

【看護の教訓】

1. 患者と家族の病識の把握と理解度に合わせた指導方法の検討
2. 早期に家族を含めた禁酒に対する取り組みが大切である
3. 患者の思いや希望を医療スタッフで共有し、必要な援助が受けられるように信頼関係を築く